Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 czerwca 1884. № 24. Rok XXIII.

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj Uniw. Jagiell. za lata 1877—1882, i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Wykaz II.
Choroby oczne.
Liczby wykazu dotyczą chorych leczonych w klinice stałéj i ruchoméj.

	w r. 1877	1878	1879	1880	1881	1882.	Razem	%
1. Powieki	81	98	107	102	152	172	712	6·96
2. Spojówka	561	592	649	633	810	768	4013	39·23
3. Rogówka	272	302	293	329	426	460	2082	20·35
4. Twardówka	4	4	7	5	9	7	36	0·35
5. Tęczówka	43	51	69	86	62	60	371	3·62
6. Naczyniówka i ciałko rzęskowe	37	53	45	49	29	38	251	2·45
7. Jaskra	23	32	30	45	32	34	196	1·91
8. Siatkówka i nerw wzrokowy	61	70	75	87	57	63	413	4·03
9. Soczewka	111	117	110	104	148	138	728	7·11
10. Ciałko szklane	18	15	10	13	7	16	79	0·77
11. Gałka oczna	4	10	13	12	39	38	116	1·13
12. Refrakcyja i akomodacyja	117	98	141	137	174	156	823	8·04
13. Mięśnie i nerwy	12	18	19	24	26	35	134	1·31
14. Narząd łzowy	31	29	36	41	32	36	225	2·19
15. Oczodół	2	1	2	1	5	4	15	0·14
16. Niedowidzenie	5	5	2	7	8	7	34	0·31
	1382	1495	1608	1675	2016	2052	10.228	99·90

Ta znaczna ilość chorób uprawnia nas do porównania niektórych przynajmniéj liczb z liczbami innych krajów.

W powyżéj umieszczonym wykazie podzielono choroby oczne na 16 działów. Z naukowych względów byłoby pożądaném, żeby szczegółowo wspomnieć o częstości pojawiania się różnych postaci chorobowych podając dokładne liczby; powstrzymuje nas jednakże od tego wzgląd, że Przegląd Lekarski nie może zbyt wiele miejsca poświęcić rzeczom dotyczącym poszczególnych specyjalności. W toku pracy natomiast częściéj przytoczymy liczby, które nie są objęte żadnym wykazem. Liczby w ostatnim rzędzie wykazu podane oznaczają odsetkę częstości chorób pojedynczych części narządu wzrokowego.

Najczęstsze były choroby spojówki i rogówki, wynoszą one razem 59·58% wszystkich chorób oka. Tłumaczy się to tém, że te części narządu wzrokowego wystawione są na

działanie zmian atmosferycznych, zimna i ciepła, że są dostępne ciałom obcym, że choroby ich są po części zaraźliwe, a będąc bolesne utrudniają wypełnianie codziennych obowiązków jeżeli przebiegają ostro, a prawie nigdy nie ustępują bez pomocy lekarskiéj, jeżeli są przewlekłe. Podobny stosunek znajdujemy prawie we wszystkich sprawozdaniach z klinik i zakładów okulistycznych. Arlt podaje 60·4, Förster w roczniku Nagla za rok 1882 (Tübingen 1883) 52% na blisko 200 tysięcy chorych, leczonych w dwudziestu czterech zakładach. Natomiast odsetki chorób rogówki wahają się u różnych autorów pomiędzy 11% a 21%. W statystyce Arlta znajdujemy 12·7%, w roczniku Nagla 27%, podczas gdy my wykazujemy 20·35%. Pochodzi to ztąd, że jeszcze nie ma pożądanéj zgody w odróżnianiu niektórych chorób spojówki od chorób rogówki. Prof. Rydel w rozpoznawaniu tych chorób opiera się na podstawie czysto anatomicznéj, w czém się różni od szkoły Arlta. Dzieli więc choroby spojówkowo-rogówkowe, odróżniając np. zapalenie pryszczykowe spojówki od pryszczykowego zapalenia rogówki (*Conjunctivitis et keratitis phlyctenulosa*), podczas gdy Arlt w jednym i drugim razie rozpoznaje zapalenie zołzowe spojówki (*Conjunctivitis scrophulosa*), uważając powierzchowną warstwę rogówki za dalszy ciąg spojówki, zołzowém zaś nazywa zapalenie ze względu na przyczynę, stanowiącą główną podstawę jego podziału chorób ocznych. Ponieważ więc Arlt wszystkie przypadki pryszczykowego zapalenia rogówki zalicza do chorób spojówkowych, dla tego podniosła się odsetka tychże a obniżyła liczba chorób rogówkowych.

Po chorobach spojówki i rogówki najczęściéj pojawiają się według naszego wykazu wady refrakcyi i akomodacyi. Na 823 przypadków do tego działu zaliczonych rozpoznano 699 razy (85%) budowę oczu nadmiarową lub niedomiarową, reszta zaś przypada na dalekowidzenie (*presbyopia*), porażenie przyrządu akomodacyjnego (3 razy po dyfteryi gardła), astygmatyzm itp. Myopiję rozpoznano 387 razy. Wspomnieć jednakże należy, że nie wszyscy z owych 823 chorych zgłosili się z powodu dolegliwości wynikających z wadliwéj optycznéj budowy oczu, lecz że pewna ich część szukała pomocy z powodu innych, po większéj części głębokich, zmian chorobowych oczu, tak że dopiero przy badaniu bystrości wzroku stwierdzono obok innéj choroby także zboczenia co do refrakcyi. Z tych zaś chorych, którzy się skarżyli na dolegliwości i upośledzenie wzroku będące, jak to późniejsze badanie wykazało, wyłącznie skutkiem wady refrakcyi, znacznie większa część, bo 74%, cierpiała na hypermetropiję i niedomogę akomodacyjną. Pochodzi to ztąd, że chorzy, spostrzegając, iż gorzéj od innych ludzi widzą, najczęściéj udają się do optyków celem dobrania szkieł. Krótkowidze posługują się najczęściéj długi czas szkłami, które sobie sami dobrali, chociażby one na wielką ich szkodę były za mocne, podczas gdy męczące objawy niedomogi akomodacyjnéj już częściéj nasuwają chorym myśl, że ich narząd wzrokowy jest istotnie wadliwy, co ich do szukania rady lekarskiéj zniewala. Błędném byłoby więc mniemanie, jakoby budowa oczu nadmiarowa częstszą była od niedomiarowéj, dla tego, że z pierwszą większa ilość chorych zgłasza się do kliniki. Owszem przy dzisiejszym stanie cywilizacyi a udowodnionéj skłonności do dziedziczenia jeżeli nie myopii saméj to przynajmniéj usposobienia do niéj, wada ta pojawia się coraz częściéj. Daléj wynika z powyższego, że wady refrakcyi w ogólności są częstsze niżby to według naszego wykazu sądzić można, tylko, że ludzie niemi dotknięci nie zgłaszają się często do lekarza, ponieważ wzrok ich, po którym nie wymagają zbyt wiele, nie zmusza ich do tego. Gdybyśmy wreszcie i niższe stopnie (poniżéj 0·75 Dpt) uwzględniali i we wszystkich przypadkach chorób spojówkowych i rogówkowych refrakcyę oczu badali, liczba chorych do tego działu należąca byłaby daleko większą. Trzeba bowiem uwzględnić, że większa połowa chorych zgłaszala się z powodu cierpień spojówki i rogówki, a tych badano co do refrakcyi tylko w razie jakichś szczególnych wskazań. Schöler w sprawozdaniu z kliniki dawniéj Ewersa w Berlinie (*Jahresbericht von Prof. Schöler*, Berlin 1880) podaje, że na 10.000 chorych w 4.211 przypadkach (a w 24·3% chorób) wykazał wadę refrakcyi albo akomodacyi. Według najnowszego rocznika Nagla, już wyżéj przytoczonego, odsetka wad tych równa się 20. Z tych uwag wynika, że po chorobach spojówko-rogówkowych wady dotyczące budowy oczu są najczęstszemi, chociaż liczby podane w sprawozdaniach dokładnie o ich częstości nie pouczają.

Natomiast śmiało twierdzić można, że wszyscy chorzy niezamożni, dotknięci chorobami soczewki (7%), jagodówki (6%), nerwu wzrokowego i siatkówki (4%), daléj dotknięci jaskrą (1·9%) i chorobami mięśni (1·3%), szukają porady lekarskiéj wyłącznie w klinice okulistycznéj. Wyjątek stanowią znowu choroby oczodołu, z któremi chorzy dość często udają się do zakładów chirurgicznych. To samo można powiedzieć o operacyjach plastycznych powiek i nowotworach (kaszaki, raki) w okolicy oka i na powiekach. Jeżeli więc liczba chorych z cierpieniami spojówki i rogówki, z wadami refrakcyi i chorobami powiek daje tylko w przybliżeniu wyobrażenie o częstości chorób tych części oka, to reszta chorób, z wyjątkiem pojawiających się u zamożnych, leczy się w klinice. Z głębszemi chorobami ocznemi zgłaszają się do kliniki chorzy nawet ze stron dalekich. Oprócz Krakowa i jego okolicy dostarcza znacznéj ilości takich chorych Galicyja zachodnia, Królestwo polskie i Śląsk austryjacki a pewną ilość także Galicyja wschodnia, Morawa, Śląsk pruski a w ostatnich latach także Węgry północne.

Mężczyźni wykazują, z wyjątkiem chorób przewodu łzowego, we wszystkich pozycyjach większe liczby niż kobiety, co, chociaż nie w tym co u nas stopniu, wszędzie spostrzegano. Ruete podaje stosunek chorych mężczyzn do chorych kobiet jak 15·2 do 12·1; w wykazach Szokalskiego przeważa liczba mężczyzn o 1·7%, u Arlta aż o 16%. U nas chorych płci męskiéj było 4.975 (57·1%) a płci żeńskiéj 3.738 (42.9%); a więc płeć męska przeważała o 14·2%. Że mężczyźni częściéj zapadają na oczy niż kobiety, pochodzi ztąd, iż mężczyźni częściéj się narażają na urazy, że w skutek zatrudnienia swojego bardziéj są wystawieni na szkodliwe wpływy zewnętrzne, tudzież, że służą w wojsku, gdzie panuje jaglica (na jaglicę cierpiało 1.012 osób 692 mężczyzn i 320 kobiet). Wreszcie wpływa i ta okoliczność na liczby wykazów, że mężczyzna jako głowa rodziny, jest troskliwy o swoje zdrowie, a więc częściéj szuka porady lekarskiéj.

Chorób przewodu łzowego było 225 a z tych 201 przypadków przewlekłego zapalenia woreczka łzowego (dwa razy wydobyto ciała obce z otworów łzowych, raz źdźbło a raz rzęsę). Z tych 201 przypadków dotyczyło 163 kobiet a 38 mężczyzn. Ciała zaś obce częściéj dostają się do oka u mężczyzn niż u kobiet z powodów, o których już wyżéj wspomniałem. Z worka spojówkowego wydobyto 30 razy ciała obce, 17 razy u mężczyzn a 13 u kobiet. W rogówkę wbiły się ciała obce 77 razy, w jednym przypadku do obu oczu,

jak chory podawał równocześnie, w jednéj chwili; w jednym przypadku większa ilość (skutkiem wystrzału dynamitu). We wszystkich przypadkach dotyczyło to mężczyzn, ani razu kobiety.

Wspomnieć muszę na tém miejscu jeszcze o jednem spostrzeżeniu, które się odnosi do częstości pojawiania się chorób ocznych u mężczyzn i kobiet. Choroby jagodówki występują, biorąc w całości, mniéj lub więcéj równo często tak u mężczyzn jak i u kobiet. Podczas atoli gdy u mężczyzn choroba najczęściéj na tle kiły lub urazu powstaje (po operacyjach, sympatyczne cierpienie), to u kobiet w wielkiéj ilości przypadków przyczyny wcale wykryć nie można, albo znajdujemy obok cierpienia oczu zboczenia w narządzie rodnym (*Perimetritis, Endometritis chronica, Uterus infantilis, Amenorhoea* chociażby tylko skutkiem anemii, *Ante* i *retroflexio uteri*). Zdaje się więc, że chociaż u mężczyzn choroby jagodówki powstają częściéj skutkiem kiły i urazów, to u kobiet znowu skutkiem zboczeń w macicy, tak, że co do częstości pojawiania się tych cierpień u mężczyzn i kobiet istnieje równowaga. Mooren usiłuje w sposób anatomiczny wytłumaczyć zależność chorób ocznych u kobiet od chorób macicy (Knapp *Archiv für Augenheilkunde* t X.). W inny sposób usiłowałem wytłumaczyć ten związek w jednym przypadku ogłoszonym w Przeglądzie Lekarskim (Przyczynek do nauki o zależności chorób oczu u kobiet od chorób narządu płciowego 1882). Szczegóły i daty statystyczne zebrane w klinice okulistycznéj a dotyczące téj ciekawéj sprawy, i dowodzące że powyższe twierdzenie jest prawdziwe, ogłoszę późniéj w osobnéj pracy.

W przeciągu ośmiu lat, z których sprawę zdajemy, zgłosiło się do kliniki chorych w styczniu 559, w lutym 653, w marcu 768, w kwietniu 828, w maju 1.392, w czerwcu 1.251, w lipcu 716, w sierpniu 202, we wrześniu 58, w październiku 856, w listopadzie 845, a w grudniu 575. Ponieważ od połowy lipca klinika stała chorych już nie przyjmuje, więc i w klinice ruchoméj zmniejsza się w tym czasie liczba chorych. Zamknięcie kliniki trwa aż do połowy października. W klinice ruchoméj jednakże leczy się chorych, jak już wspomniałem, a leczonych zaciąga się do protokołów. Ztąd pochodzi, że także w miesiącach sierpniu i wrześniu pewną ilość chorych w klinice ruchoméj leczono. Najwięcéj chorych uczęszczało do kliniki w miesiącu maju i czerwcu, a najmniéj, pomijając dwa letnie miesiące, w styczniu i grudniu. Od lutego aż do końca czerwca wzrasta liczba chorych. Średnio zgłaszało się dziennie w styczniu i grudniu trzech do czterech nowych chorych do kliniki, w maju i czerwcu siedmiu do ośmiu. Pomijając dzień, w którym badano większą ilość chorych zakładu sierot z powodu pojawienia się jaglicy, zgłosiło się pewnego dnia w maju w jednym dniu 23 nowych chorych. Przyczynę liczniejszego zgłaszania się chorych w porze letniéj tłumaczą dwie okoliczności: naprzód, że w miesiącach letnich choroby spojówkowo-rogówkowe, jak wiadomo najczęstsze cierpienia oczu, częściéj się pojawiają niż w zimie, a powtóre, że na wiosnę i w lecie łatwiéj można odbyć podróż, a z tego powodu chorzy dotknięci chorobami przewlekłemi nawet z dalszych okolic przyjeżdżają.

Ogólnie jest rozpowszechnione zdanie, że Izraelici częściéj cierpią na oczy niż Chrześcijanie, tudzież że mają większą skłonność do pewnych chorób, jak do jaskry (Rydel) i zapalenia jaglicowego spojówek. Arlt wspominał w wykładach swoich częściéj, iż mimo wielkiéj ilości Izraelitów, leczących się w klinice wiedeńskiéj na jaskrę, nie sądzi, aby częściéj ulegali téj chorobie, lecz że szukają porady lekarskiéj w Wiedniu dowiedziawszy się, iż poddać się muszą operacyi. Chcąc się przekonać, czy istotnie Izraelici w ogóle częściéj cierpią na oczy niż Chrześcijanie, zebrano daty do następującego wykazu.

Wykaz III.

	Ilość chorych wyznania chrześcijańskiego	Ilość chorych wyznania mojżeszowego	Razem	% chorych wyznania mojżeszowego
1877	916	357	1273	28·0
1878	998	393	1391	28·2
1879	887	508	1395	36·4
1880	1098	390	1488	26.2
1881	1038	522	1560	33·5
1882	1162	444	1606	27·6
	6099	2614	8713	30·0

Izraelici stanowią więc 30% wszystkich chorych, leczonych w klinice okulistycznéj. Przypuściwszy, że są troskliwsi o zdrowie, aniżeli Chrześcijanie, że częściéj szukają pomocy lekarskiéj w zakładzie naukowym, mając większe do niego zaufanie, niż do lekarzy prowincyjonalnych, że więc z tego powodu z dalszych przyjeżdżają okolic, że w ogóle są przemyślni i łatwiéj im o środki na podróż, to przecież te okoliczności nie wystarczą, aby wytłumaczyć, dla czego tak wielka liczba chorych Izraelitów do kliniki się zgłasza, nie przypuściwszy równocześnie, że istotnie częściéj od Chrześcijan na oczy zapadają. Trudnoby inaczéj wytłumaczyć, dla czego 30% Izraelitów leczy się w zakładzie położonym w kraju, który liczy 10% ludności izraelickiéj. Uwzględnić jeszcze należy, że pewna ilość Izraelitów szuka pomocy lekarskiéj w Wiedniu, częścią dla tego, że ich tam nęci rozgłos sławnych okulistów, częścią zaś z powodu, że szukają umieszczenia w tamtejszych klinikach nie znalazłszy go na razie dla szczupłości miejsca w klinice krakowskiéj, podczas gdy z uboższéj ludności chrześcijańskiéj mało kto się tam zapędzi. Okoliczność ta zmniejsza oczywiście ilość szukających porady lekarskiéj w Krakowie, co nas utwierdza w przekonaniu, że powyżéj wypowiedziane zdanie co do częstszego zapadania na oczy Izraelitów jest uzasadnione. Z 2614 Izraelitów cierpiało na choroby spojówkowo-rogówkowe 61·5%. Częstość cierpień innych części oka jest mniéj więcéj taka sama jak u Chrześcijan. Z tego wynika, że tylko pod względem chorób przewodu łzowego Izraelici częściéj cierpią, a mianowicie dwa razy tak często jak Chrześcijanie (2·19% Wykaz II). (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

XIII.

Przyczynek do lokalizacyi skórzaków (cyst dermoidalnych).

Podał **Dr. Rudolf Trzebicky**,

asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23).

Przytoczone tu przypadki są mniéj lub więcéj do naszego podobne. Tyle zawsze pewna, że i w okolicy otworu stolcowego i prostnicy cysty dermoidalne się zdarzają. Zresztą czemużby się tam i nie miały zdarzać? Wiadomo przecie, że Remak pierwszy pojmował w ten sposób wszelkie nowotwory przybłonkowe usadowione wewnątrz ciała a więc

zdala od powierzchni przybłonkiem lub przyskórkiem pokrytéj, że zawdzięczają swe powstanie odsznurowaniu poszczególnych ognisk przybłonkowych wśród życia płodowego. Dziś to zapatrywanie na powstanie cyst dermoidalnych ogólnie jest przyjęte wyjąwszy może cysty dermoidalne jajnika, dla których Waldeyer nieco odmienną podał teoryję. Bo téż skórzaki albo zdarzają się bliżéj linii środkowéj ciała od przodu, gdzie zawdzięczają swe powstanie odsznurowaniu pewnéj grupy komórek listka zewnętrznego w chwili zamknięcia się jam ciała, albo téż przeważnie występują w tych miejscach, gdzie wśród pewnego okresu życia płodowego następuje wpuklenie zewnętrznego listka płodowego. Przypuszczamy bowiem, że wśród wpuklenia się tego listka następuje także atypowe, nieprawidłowe wpuklenie się kilku komórek w innym nieco kierunku, niż to jest potrzebném dla wytworzenia fizyjologicznych części ciała. Zarodki te uległszy potém odsznurowaniu żyją daléj samodzielnie wśród ustroju pozbawione zupełnie związku z zewnętrzną powierzchnią ciała. Wyjątkowo tylko zdarza się, że pomiędzy ścianą torbiela takiego a zewnętrzną powierzchnią skóry stale bywa utrzymanym związek. Tu należą 2 przypadki opisane przez Henschla (*Prag. Vierteljahrschrift*, 1860) i przez Cruveilhiera (*Anat. path. du corps hum.*). Po niejakim czasie, zazwyczaj wśród drugiéj dentycyi, kiedy i prawidłowe twory zewnętrznego listka płodowego bardziéj niż przedtém poczynają bujać, odzywa się i w odsznurowaném ognisku siła żywotna, komórki poczynają się rozrastać a torebka przypomina swą budową skórę zewnętrzną z jéj wszystkiemi dodatkami.

Dziś więc pojmujemy skórzaki jako wrodzone twory listka zewnętrznego. Trudność polega tylko na wytłumaczeniu tych przypadków, gdzie treść torbiela oprócz włosów i zębów, które przecież są tworami przybłonkowemi, stanowiły i kości. O téj trudności wspomina i Lücke (l. c.), który jest zresztą gorącym zwolennikiem przytoczonéj teoryi i dodaje, że te przypadki można na podstawie téj teoryi chyba tylko w ten sposób tłumaczyć, że listek zewnętrzny wpuklając się ku wewnątrz wypycha przed sobą zarodki dla innych części ciała i że te zarodki otoczone zarodkami przybłonkowemi tkwią wśród ciała w miejscu, gdzie właściwie być nie powinny. Rzeczywiście zdaje się być prawdopodobném, że w niektórych przypadkach kości stanowiące treść skórzaków rozwinęły się z wgłobionych kawałków kręgów pierwotnych.

W niektórych przypadkach zdaje się, jakoby twory przybłonkowe wywierały wprost wpływ „zakaźny“. Mam tu na myśli niektóre przypadki cyst dermoidalnych tęczówki i otrzewny. Rothmund (*Ueber Cysten der Regenbogenhaut, klin. Monatsblätt. f. Augheilk.*, 1872) wykazał bowiem, że w 3ch przypadkach po zranieniu, w skutek którego dostały się rzęsy do przodkowéj komórki, powstały na tęczówce skórzaki. Fränkel zaś (*Ueber Dermoidcysten der Ovarien u. gleichzeitige Dermoide im Peritoneum, Wiener med. Wochenschrift*, 1883) opisał z kliniki prof. Billrotha 2 przypadki, gdzie obok cyst dermoidalnych w jajnikach znajdowały się liczne drobne cysty podobne na otrzewny. Wprawdzie można przypuścić, że ta kombinacyja była tylko czysto przypadkową, choć prawdopodobniejszém zdaje się być, przypuszczenie, że torbiele na otrzewny powstały następowo jako przerzuty niejako, czy to po pęknięciu torbiela czy téż bez tegoż.

Wróćmy tedy do naszych przypadków. Wiadomo, że otwór stolcowy powstaje w ten sposób, że listek zewnętrzny wpukla się lejkowato w głąb, aż nie napotka na dolny koniec jelita również ślepo się kończącego. Warunkowi więc temu, że cysty dermoidalne przeważnie tam się rozwijają, gdzie się odbywa wpuklenie zewnętrznego listka, i tu dzieje się zadość. Za prawdziwością tego przypuszczenia przemawia i ta okoliczność, że ściana torbiela odpowiadała budową swą budowie skóry w końcu 3go miesiąca życia płodowego. Wgłobienie więc najpóźniéj w tym czasie musiało się odbyć, prawdopodobnie jednak odbyło się daleko wcześniej. I rzeczywiście pierwsze początki powstawania otworu stolcowego spostrzeżono z końcem 1go miesiąca. Nie można wreszcie wykluczyć stanowczo możliwości, że rozwój cyst dermoidalnych w tych okolicach nie tyle stoi w związku z powstawaniem otworu stolcowego ile z rozwojem gruczołu ogonowego Luschki. Dla niektórych teratomów znajdujących się w tém miejscu to przypuszczenie zresztą już uczyniono.

Powstanie cyst dermoidalnych na potylicy tłumaczy Mikulicz (l. c.) w ten sposób, że nieprawidłowe oddzielenie się kilku komórek następuje w chwili, kiedy powłoki zewnętrzne przyczyniają się do utworzenia namiotu (*tentorium cerebri).*

Co do dalszego rozwoju i operacyi nasze przypadki nie przedstawiają zresztą nic osobliwszego. W obydwu razach dolegliwości były bardzo nieznaczne i stały niejako w prostym stosunku z fizycznemi własnościami nowotworów, t. j. z ich wielkością i usadowieniem. Operacyja sama nie przedstawiała nic szczególnego, gdyż postępując według zasad ściśle antyseptycznych śmiało można się było kusić o wyłuszczenie doszczętne torbieli, co jedynie mogło dawać pewność i gwarancyję co do recydywy.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Skreślił prof. Dr. **Blumenstok.**

XII.

Morderstwo. Wątpliwy stan umysłowy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Przedewszystkiém należy wyjaśnić, dlaczego Wydział lek. w zdaniu swém nie zastosował się ściśle do pytania i nie orzekł na podstawie § 134 p. k. Pochodziło to ztąd, że nasamprzód ustawa o postępowaniu karném daje tylko wskazówkę, jak znawcy sądowi mają postępować, a powtóre artykuł przez Sąd wyższy powołany obejmuje tylko brak rozumu i choroby umysłowe, a więc nie wyczerpuje wszystkich stanów, własnowolność człowieka wykluczających. To téż i pierwsi pp. znawcy, z których orzeczeniem zdanie Wydziału w zasadzie się zgadza, słusznie podciągnęli przypadek omówiony pod art. 2 ustawy karnéj, traktujący w ogóle o okolicznościach, zły zamiar wykluczających; a w szczególności zastosowali ustęp *c)* tegoż artykułu, w końcu naszego orzeczenia przytoczony; jednak mniéj stosownie wyrazili się, że „obwiniony popełnił czyn w stanie chwilowéj zupełnéj nieprzytomności umysłowéj“. W przytoczonym bowiem ustępie ustawa karna kładzie nacisk na zupełne upojenie lub inne pomięszanie umysłu (*Sinnenverwirrung*), w którém sprawca nie był świadom czynu swego (*nicht bewusst).* Otóż prawdą jest, że wyraz ten niemiecki można tłumaczyć przez przytomny, ale téż z powodu niefortunnéj swéj stylizacyi artykuł ten ciągle jest przedmiotem zaczepek ze strony lekarzy-psychijatrów, słu-

sznie i loicznie dowodzących, że człowiek całkiem przytomności pozbawiony nie jest zdolny do wykonania jakiegokolwiek czynu, czy on jest prawy lub nieprawy. Dla tego też lekarze niemieccy radzą sobie, jak mogą, uważając wyraz w mowie będący według myśli prawodawcy jako identyczny z pojęciem: braku samowiedzy (Krafft-Ebing *Lehrb. d. gerichtl. Psychopathologie*, pag. 257). W języku polskim nic nie stoi na przeszkodzie tłumaczeniu wyrazu w mowie będącego przez świadomy, a względnie nieświadomy, a w takim razie nietylko popadamy w sprzeczność z loiką, ale co ważniejsza, liczymy się z faktycznym stanem rzecy, jak tego najlepiéj dowodzi przypadek opisany. Zbyteczna dowodzić, że niepodobna przypuścić zupełnéj nieprzytomności, gdzie człowiek chwyta za broń i strzela celnie, gdzie popełniwszy czyn przemawia, wychodzi i wraca ku domowi, gdzie wreszcie istniała potém pamięć, przynajmniéj sumaryczna; natomiast śmiało przypuścić można w tym razie brak świadomości, brak samowiedzy, a w każdym razie brak zdolności zastanowienia się nad czynem. Przypadek ten jest tak wyjątkowy, że nie dałby się podciągnąć ani pod cechę braku rozumu, ani choroby umysłowéj, ale snadnie zastosować można było ustęp artykułu powołanego, z czego téż korzystali znawcy, a późniéj i Wydział, z pominięciem wskazówki przez Sąd podanéj. I tu pokazuje się najlepiéj, że ani znawcy a tém mniéj Wydział lekarski nie mogą krępować się pytaniem, przez Sąd zadaném; postępowanie takie bowiem byłoby formalizmem pedantycznym, niczém nie usprawiedliwionym, a wprost szkodliwym, bo niepotrzebnie sprawę przewlekającym. Gdyby bowiem znawca na pytanie przez Sąd zadane odpowiedział, że podsądny nie jest rozumu pozbawiony i nie cierpi choroby umysłowéj, Sąd mógłby skazać człowieka niewinnego, albo, co prawdopodobniejsza, zapytałby się ponownie, czy ustęp *c*) art. 2 k. k. nie znajduje w danym przypadku zastosowania; w najlepszym razie więc skutek byłby ten sam, ale połączony ze stratą czasu.

Sądziłem, że przypadek powyżéj oceniony zasługuje na ogłoszenie z powodu, że jakkolwiek lekarz sądowy z następstwami nadużycia napojów często się spotyka, to jednak przypadki podobne do opisanego są nader rzadkie i wyjątkowe. Najczęściéj zdarzają się przypadki, w których ludzie obwinieni o popełnienie czynu karygodnego tłumaczą się stanem upojenia; są to przypadki dla lekarza sądowego najmniéj ważne, o ile chcąc wypowiedzieć w takich razach swoje zdanie, musiałby widzieć obwinionego w stanie upojenia czyli po prostu być świadkiem czynu; oprzeć zaś sąd swój na zeznaniu świadków nielekarskich lub zgoła na twierdzeniu podsądnego jest rzeczą nadzwyczaj śliską; według mego doświadczenia zadanie lekarza sądowego ogranicza się w takich razach do sprawdzenia za pomocą odpowiednich pytań amnezyi i do sprostowania mylnego zapatrywania, jakoby zupełna nieprzytomność lub zataczanie się były jedynemi a koniecznemi cechami upojenia, własnowolność znoszącego. — Z kolei następują owe liczne odcienia zwyrodnienia wyskokowego, które objawiają się już to w postaci zadumy, manii, epilepsyi alkoholowéj, już to wreszcie w postaci typowego obłędu opilczego, oraz t. zw. dipsomanii. Jeżeli już alkoholizm ostry według trafnego porównania Griesingera przedstawia w aktach krótkich wszystkie formy i okresy obłąkania i stanowi według Maudsleya zwięzłą jego chronikę, to tém bardziéj alkoholizm chroniczny zasługuje na uwagę, zwłaszcza lekarza sądowego, nie tyle z powodu ciężkich zmian cielesnych, które prędzéj czy późniéj za sobą pociąga, ale głównie z powodu zwyrodnienia swoistego, które sprowadza w dziedzinie umysłowéj, a które objawia się znów w rozmaitych postaciach, wyżéj wspomnianych; wspólną ich cechą jest zmiana usposobienia i charakteru, upadek wyższych uczuć moralnych, których miejsce zajmują uczucia egoistyczne i przewrotne, urojenia i omamy, a wreszcie mniejsza lub większa tępota umysłowa. Właśnie mam wspólnie z kol. Żuławskim w obserwacyi mężczyznę lat 40 liczącego, obwinionego o podpalenie, którego stan umysłowy nastręczał sędziemu śledczemu pewne wątpliwości Człowiek ten potulny, padający natychmiast na kolana, jak skoro tylko wprowadzony zostaje do biura, nie przypomina sobie wcale czynu, twierdzi, że cierpiąc bezsenność od dłuższego czasu zwykł był w nocy wychodzić i odwiedzić cmentarz pobliski, a nie wie, czy śród jednéj z takich wycieczek rzeczywiście podpalił domostwo w sąsiedztwie cmentarza położone. Pijaństwo nałogowe sprawdzone, któremu od lat kilku się oddawał, drżenie języka i palców, wyraz twarzy zdradzający głupotę, przywidzenia, które miewał, brak pojęcia o położeniu, w którém obecnie się znajduje i przyszłości, która mu grozi, osłabienie znaczne pamięci, uprawniały nas do orzeczenia, że mamy do czynienia z tępotą umysłową, powstałą na tle zwyrodnienia wyskokowego. — Obłęd opilczy, który również częstokroć na tém tle powstaje, w postaci swéj typowéj nie budzi wielkiego zajęcia sądowolekarskiego, ponieważ napad taki, podobnie jak napad typowy padaczki, jak z jednéj strony łatwo rozpoznać się daje, tak z drugiéj już z natury swéj, ponieważ chory albo jest nieudolny albo należycie strzeżony, nigdy prawie, dopóki trwa, nie staje się przyczyną czynów bezprawych. Lecz jak w nowszych czasach pod względem sądowolekarskim nauczyliśmy się przywięzywać coraz większą wagę do okresu, napad drgawkowy epileptyczny poprzedzającego, jako też do okresu, który następuje po napadzie takim, tak też polegając na doświadczeniu, że napad typowy obłędu pijackiego nie występuje nagle, lecz że okres wylęgania może trwać dni kilka lub nawet kilkanaście a śród niego pojawiają się omamy, bezsenność, napady trwogi itp. zboczenia, oraz że napad typowy rzadko kiedy przechodzi wprost w wyzdrowienie, przypuszczamy, że tak przed napadem, jakotéż po napadzie właściwym, samowiedza człowieka może być znacznie upośledzoną, jeżeli nie całkiem zniesioną, że więc człowiek wtedy dopuścić się może czynu karygodnego, za który nie może być odpowiedzialnym, a przypuszczenie nasze nabierze tém większéj pewności, jeżeli sprawdzimy amnezyję, świadczącą o braku samowiedzy. Stan ten, tak w epilepsyi jak i w zwyrodnieniu wyskokowém, przez analogiję ze stanem senności, nazywamy stanem zamroczenia. Ponieważ atoli w stanie tym samowiedza może być w zupełności zniesioną lub téż tylko zamroczoną, więc i amnezyja w pierwszym razie będzie zupełną, a w ostatnim tylko częściową, tak że ogólnikowe przypominanie sobie zdarzeń jest możebném. Całkiem tak samo ma się rzecz w zamroczeniu padaczkowém, w którém amnezyja wprawdzie uważa się jako prawidło, ale zdarzają się i przypadki sumarycznego przypominania sobie zdarzenia. Wiadomo, że stan zamroczenia wyskokowego, występującego czasem u alkoholików przed napadem obłędu typowego lekarz amerykański Crothers opisał przed dwoma laty pod nazwą somnambulizmu wyskokowego (*Trance state in inebriety*) a czytelnicy Przeglądu Lek. mieli sposobność zapoznania się

z istotą tego dziwnego zboczenia, dzięki pięknéj monografii znakomitego i doświadczonego naszego rodaka prof. Mierzejewskiego w Petersburgu. Przypadek, który dowodzi, że i po napadzie typowym obłędu opilczego stan zamroczenia utrzymać się może, obserwowałem niedawno temu razem z kol. Żuławskim. Tyczył on się urzędnika lat koło 40 liczącego, który wstawszy po napadzie udał się wprost do Sądu i oskarżył się, że przed 10 laty razem z dwoma kolegami dopuścił się kradzieży kilkuset złotych. Człowiek ten uznany za chorego i niepoczytnego znajduje się obecnie w tutejszym zakładzie dla obłąkanych, a zwyrodnienie jego umysłu nie podpada już żadnéj wątpliwości. Opilstwo powrotne wreszcie (Dipsomania) zdarza się głównie u dziedzicznie obciążonych ludzi i nie jest niczém innem, jak obłąkaniem okresowém, a więc wyrazem zwyrodnienia umysłowego; przed Sądem z tą postacią rzadko się spotykamy.

Wracając do przypadku, który był przedmiotem orzeczenia Wydziału lek., przyznać muszę, że nie daje on się podciągnąć pod żadną z postaci właśnie wymienionych, a będących wyrazem alkoholizmu przewlekłego i zwyrodnienia umysłowego. Wypadałoby go więc uznać za czyn popełniony w prostém upojeniu ostrém, ale jakkolwiek przywykliśmy do rozmaitych wybryków, popełnionych śród upojenia, to jednak czyn taki na szczęście jest rzadkim. Można tu przypuścić upojenie patologiczne dochodzące do bardzo ostrego szału (*mania acutissima ebriorum*), które jednakowoż niczego nie tłumaczy prócz przerażenia naszego na widok nieszczęścia zrządzonego przez pijaka, lub przypuścić, że podsądny działał pod wpływem tak częstych w pijaństwie omamów zmysłowych (*fallacia ebriosa*), ale będą to tylko przypuszczenia, na stwierdzenie których nie mamy dowodów, bo nikt nie może wiedzieć, a sam obwiniony zapewne nie wie, co się z nim działo w chwili nieszczęsnéj, gdy chwycił za broń i zastrzelił niewinnego człowieka. Sądzę jednak, że orzeczenie było należycie uzasadnione celem wykazania, że jakikolwiek był chwilowy stan upojonego, działał on pod wpływem chwilowego pomięszania umysłu; to téż Sąd polegając na tém orzeczeniu śledztwa zaniechał.

IV. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Odwiedziwszy osady trędowatych i o ile możności zebrawszy dokładne informacyje o tym chorobowym stanie, głównie dla zdania sobie sprawy o różnicy istniejącéj między trądem (*Lepra*) i łuszczycą (*Psoriasis*), dwiema chorobami na pozór identycznemi, ani myślałem, że zapuściwszy się aż do środkowego Kurdystanu zdarzy mi się tam spotkać z podobném cierpieniem. Otóż w Mussulu w czasie asenterunku, do którego z urzędu wypadło mi należeć, przedstawiającym się z każdéj wsi rekrutom towarzyszą zwykle krewni, znajomi, jużto dla sprawienia sobie natychmiastowéj uczty, gdy młody chłopak zostanie uwolnionym, lub do wrzaskliwego opłakania jego straty w razie przeciwnym. Niekiedy powołanym do służby wojskowéj towarzyszą także krewni ciężko chorzy. Takim téż był przypadek przezemnie uważany. Rekrut z okolic Chorsobadu, położonego o kilka godzin drogi od Mussulu, przyprowadził z sobą starego ojca dotkniętego typową formą trądu. Choć jedynak, nie będąc pewny, czy mu się uda wyrwać się ze szponów bardzo energicznéj naówczas komisyi asenterunkowéj, nie wahał się narazić cierpiącego ojca na trudy podróży i dał nam możność obserwowania bardzo ciekawego i rzadkiego przypadku. W rodzaju pudełka zbitego z kilku desek, opatrzonego w cztery niskie kółka i drążek przeznaczony do ciągnienia tego rodzaju wózka, znaleźliśmy siedzącego na słomie starca, okrytego brudną i poszarpaną płócienną kołdrą, z pod któréj wystająca część odnóg dolnych przedewszystkiém zwracała na siebie uwagę. Wydzielająca się przenikliwa i bardzo cuchnąca woń oddaliwszy ciekawych, pozwoliła zająć się zbadaniem cierpiącego, który przedstawił następujący obraz. Mężczyzna Kurd, lat 58 liczący, budowy silnéj, z systemem mięśniowym dobrze rozwiniętym lecz zanikłym w następstwie długiéj nieruchomości, okazuje na odnogach dolnych, przedramionach i twarzy, strupy półkoliste koloru brunatnego, niełuszczące się przy brzegach, tylko otoczone wąskim rąbkiem tkanki zdrowéj i pokrywające ranę niegłęboką, w pewnych jednak punktach przenikającą aż do warstw tkanki mięśniowéj. Wydzielina z ran była skąpą, koloru brunatnego, nadzwyczaj cuchnąca i w skutek zupełnego zaniedbania czystości osiadająca na powierzchni powłok skórnych. Znajdująca się między strupami przestrzeń przedstawiała tu i owdzie ślady dawniéj zagojonych ran; chory bowiem od lat 29 pozostaje w jednym i tym samym stanie. O przyczynie powstania swego cierpienia nic pewnego podać nie może, twierdzi tylko, że prowadząc partyję wielbłądów przez pustynię syryjską, po przepędzeniu tam kilku miesięcy, z powrotem do domu wpadł w wielką nędzę i od téj chwili zaczął spostrzegać gruzełki, występujące najprzód na odnogach dolnych, późniéj na twarzy i przedramionach, które jakkolwiek przechodziły w stan owrzodzenia nie sprawiając żadnych bólów, bywały pozostawiane same sobie, zmuszając tylko chorego do ukrywania swego stanu. Po kilku latach chory coraz to bardziéj zaczął zapadać na siłach, chudnąc, aż wreszcie stracił zupełnie władzę ruchu. Syn jego jednak liczący lat 18cie przedstawia wszystkie warunki dobrego zdrowia i dotąd niezauważył żadnych pojawów zdradzających cierpienie ojca. Porównywając cechy tego przypadku z widzianemi w Silvan i Jafie, nie wahałem się uznać cierpienia tego za trąd i zyskawszy możność umieszczenia biednego starca w szpitalu wojskowym, tyle chociaż zdołałem zrobić, że jego rany nabrały lepszego wejrzenia, choć o skłonności do zabliźnienia się i mowy być nie mogło. Syn został uwolniony od służby wojskowéj, a starzec ze zmianą naszego garnizonu miał powrócić do rodzinnego zakątka. Z późniejszych zaś dochodzeń przekonałem się, że był to jedyny przypadek trądu w całéj obszernéj prowincyi, o którym aż do chwili przedstawienia się chorego nikt prawie nie wiedział.

Długotrwały charakter trądu i nadzwyczajna jego uporczywość wywołały konieczność próbowania bardzo licznych środków, lecz zastosowywanych tylko w leczeniu chorych, którym względny los pozwolił dostać się do szpitala, bo ci trędowaci, którzy w zakładach opieki tureckiéj pozostawieni są sami sobie, nic zwykle nie przedsiębiorą, będąc przekonani, że nie ma środka, któryby mógł nietylko usunąć ale przynajmniéj ograniczyć przebieg sprawy chorobowéj. Byłoby jednak inaczéj, gdyby władza turecka zdecydowała się rozciągnąć większą pieczołowitość nad tymi współczesnymi Łazarzami. Przynajmniéj przez zastosowanie częstych kąpieli można byłoby utrzymać konieczną czystość i uczynić mniéj wstrętném samo wejrzenie trędowatych. Gdy jednak

i ten prosty sposób postępowania stale pomijają, nie pozostaje mi jak tylko zwrócenie się do przejrzenia sposobów leczenia szpitalnego. Tutaj więc kąpiele proste lub zawierające sole alkaliczne stanowią podstawę ogólnego traktowania trędowatych. Z liczby zaś leków próbowanych wewnętrznie następujące zasługują na wzmiankę: środki przeczyszczające i napotne, jodek potasu, odwar z liści *Solanum Dulcamara* lub *Rhus radicans,* nastój much hiszpańskich, przetwory arsenikalne, siarczane, dwuchlorek rtęci i wreszcie siarczek antymonu. Jednocześnie ze środkami wewnętrznemi stosowano także opatrunek na rany. Maści z jodkiem żelaza i siarką, jodkiem lub azotanem rtęci, przyżegania, a nawet i pryszczydła, znajdowały swe zastosowanie, mające głównie na celu zmienienie stanu powierzchni owrzodzonych. Nakadzań siarkowych, kąpieli parowych, nawet leczenia wodą zimną także nie pomijano. Lecz na nieszczęście wszystkie te środki nie okazały żadnego wpływu na przebieg cierpienia, a jeżeli pryszczydła zdołały zmienić naturę owrzodzeń, nadając im wejrzenie powierzchni lekko ziarniejącej, to po niejakim czasie chwilowe to polepszenie zmieniło się na gorsze, w skutek przejścia z ziarnień w stan rozmiękczenia. Przekonano się także, że zastosowanie maści zawierających przetwory rtęci stanowczo pogorszalo stan owrzodzeń. Jedyną więc ulgą, jaką mieli trędowaci, była chwila wkrótce po użyciu kąpieli. To też starano się je stosować według możności. W czasie mego przejazdu przez Palestynę, gdy odwiedziłem „szeika“ trędowatych w Silvam, znalazłem go zajętego opatrywaniem swych ran, które obmywszy okładał następnie liśćmi z rośliny, której gatunku na razie nie podobna było rozpoznać. Zainteresowany jednak opowiadaniem starca o ich skutku, wziąłem kilka liści jako okaz i przekonałem się następnie, że okazem je dostarczającym jestto gatunek *Xyris arabica* z rodziny Eriocaulineae, bardzo tu rzadki i otrzymywany głównie ze wschodnich okolic prowincyi Maskatu. Własność liści tej rośliny, zmaczanych najprzód w słodkiém mleku, ma być ściągającą i pochłaniającą, słusznie więc zachwalaną w leczeniu owrzodzeń u trędowatych. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. A. Tauber (Warszawa): **Czy zachodzi związek fizyjologiczny między śledzioną i gruczołem tarczykowym?**

W literaturze chirurgicznéj jest znanych przeszło 50 przypadków, w których śledziona u człowieka została wyjętą, a jednak nie mamy dotąd stanowczéj odpowiedzi na pytanie, jakie znaczenie fizyjologiczne ma śledziona dla ustroju. Nawet w ostatnich czasach zdania pod tym względem są zupełnie sprzeczne.

Tiedemann *(Zeitschrift f. Physiol.* Bd V) twierdzi, że śledziona jest narządem wytwarzającym krew; a po jéj wycięciu obejmuje tę czynność gruczoł tarczykowy.

Brücke przeciwnie zalicza śledzionę do układu limfatycznego, z którym gruczoł tarczykowy nie ma żadnego związku.

Neumann i Ehrlich odmawiają jéj wszelkiego wpływu na tworzenie się krwi.

Według Schiffa i Herzena ma się w śledzionie rozwijać zaczyn, potrzebny do przeobrażenia pokarmów z pomocą soku trzustkowego, natomiast nie ma śledziona wpływu na tworzenie się ciałek krwi a jeżeli czasem występuje powiększenie gruczołów limfatycznych u zwierząt po wyjęciu śledziony, to tylko skutkiem zapalenia otrzewny wywołanego rękoczynem. Robin, badając krew dwóch kobiet, u których Péan wyjął śledzionę, znalazł, że krew ich zawierała więcéj ciałek białych (1:200) a $^1/_{10}$ część czerwonych ciałek składała się (z t. zw. mikrocytów, przyczém ciałka czerwone były w ogóle większéj objętości.

Według Winogradowa *(Wracz* Bd. IV, 1883, Nr. 6, 7) mają najważniejsze zmiany powstawać po wyjęciu śledziony w gruczołach limfatycznych i szpiku kostnym. Gruczoły limfatyczne są miękkie, soczyste i przypominają utkanie śledziony a pod drobnowidem okazują mnóstwo ciałek czerwonych, tkwiących w przestworach limfatycznych.

Credé *(Langenbecka Archiw* T. XXVIII 1883) a w ostatnich czasach i Zesas, zgadzają się w zasadzie z Robinem, że w śledzionie przetwarzają się ciałka białe, powstałe w gruczołach limfatycznych, na ciałka czerwone, tylko że Zesas czynność tę przypisuje także i innym narządom, jak gruczołowi tarczykowemu i gruczołom chłoniczym oskrzelowym i kreskowym. T. podzielił swoje doświadczenia na 3 grupy: W jednych przypadkach wycinał zwierzętom same śledziony, w drugich w jakiś czas po tym rękoczynie wyłuszczał gruczoł tarczykowy, w trzecich wreszcie oba te rękoczyny wykonywał naraz. Przy téj sposobności zwrócił T. uwagę na okoliczność mało dotąd uwzględnianą, t. j. na często zdarzający się zupełny brak gruczołu tarczykowego u zwierząt domowych. Z doświadczeń swych wyprowadza T. następujące wnioski:

1) Śledziona jest jednym z głównych zbiorników krwi, dla tego jéj wyjęcie zmienia stosunki krążenia i wywołuje zastój w wątrobie, nerkach a szczególnie w gruczołach limfatycznych.

2) Między śledzioną a gruczołem tarczykowym nie ma żadnego fizyjologicznego związku.

3) Zwierzę średniego wieku wytrzymuje o wiele snadniéj wycięcie śledziony niż zwierzę starsze.

4) Zwierzęta, którym wycięto śledzionę, są zdolne do zapłodnienia, przyczém nowo narodzonym nie brak śledziony.

5) Wycięcie śledziony nie ma żadnego wpływu na trawienie.

6) Po wycięciu śledziony zwierzę staje się w wysokim stopniu niedokrewném; względna i bezwzględna ilość ciałek białych znacznie się zwiększa a wielkość i liczba ciałek czerwonych zmniejsza się. *(Virchowa Archiw* T. 96 Z. 1).

Dr. Otto.

Wiadmości pomniejsze.

Wykrycie krwi po wypraniu. Ktokolwiek raz tylko przyłożył rękę do badania śladów krwawych na bieliźnie nie pominie artykułu ogłoszonego pod powyższym napisem w jednem z pism farmaceutycznych. Referent nie podaje niestety źródła, z którego zaczerpnął wiadomość o rozwiązaniu jednéj z najtrudniejszych kwestyj mikrochemicznych, podaje tylko, że p. Chatin przedstawił na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Paryżu spostrzeżenia p. Hussona dotyczące powyższéj sprawy. „Jeżeli tkanina splamiona krwią poddaną została praniu wcelu usunięcia takowéj, mimo to wszystko będzie rzeczą możliwą wykryć rozmaite charakterystyczne składniki téjże“, twierdzi referent za autorem a nadto utrzymuje, że „w tych razach, gdy mikroskop i spektroskop nie są w stanie zdecydować ani obecności hemoglobiny ani téż hematyny, nie pozostaje nic innego jak poszukiwanie włóknika krwi.“

Przeczytawszy takie dwa zdania, trudno oprzeć się chęci,

aby obejrzeć kartkę tytułową pisma, które ma się przed sobą, a zwłaszcza pilnie zbadać, czy też nie przez pomyłkę odbito na dole cyfrę 1884! O ile zdanie pierwsze zaciekawia mocno każdego, który przynajmniéj raz miał sposobność poświęcić kilka godzin badaniu plamy krwawéj, o tyle zdanie drugie może tylko uśmiech politowania wywołać. Albowiem podczas gdy wszyscy lekarze jakotéż chemicy godzą się dzisiaj na to, że pierwszorzędne znaczenie w badaniach śladów krwawych przyznać należy barwikowi krwi, przypomina sobie autor owe czasy, kiedyto jeszcze istotom białkowym krwi znaczenie to przypisywano! Ale w dalszym ciągu referatu nie ma już o tém badaniu wzmianki a za to czytamy opis sposobu otrzymania kryształków heminu, podany przez prof. Teichmanna w roku 1853 a ulepszony z biegiem lat przez kilku autorów, chociaż nie ku wielkiéj korzyści. Aby jednak przecie coś nowego było w téj pracy, sili się autor nad opisem sposobu wykazania mydła w tkaninie badanéj! Trudno zaiste pojąć, po co mydła szukać w płótnie? czy Sąd o to pyta kiedykolwiek? a gdyby nawet takie pytanie stanęło na porządku dziennym, jakiżby sposób podał autor celem wykazania, że mydłem tém mydlono bieliznę po splamieniu krwią a nie przedtém? Wykazanie mydła polega na przedstawieniu krystalicznych postaci kwasów tłuszczowych, ale czy na tém koniec, czy kwasy tłuszczowe w bieliźnie już tylko mydłu swoje pochodzenie zawdzięczać muszą, czyliż kwasy te nie są przeważnemi składnikami wydzielin gruczołów skórnych a na sukniach wierzchnich u klasy pracującéj czyż nie pochodzą one prawie zawsze od zanieczyszczeń przypadkowych! Oddziaływanie alkaliczne popiołu ze spalonéj tkaniny ma dowodzić istnienia w popiele zasady, która przedtém była w połączeniu z kwasem tłuszczowym, tworząc mydło. Gdyby nawet wykazanie oddziaływania tak maléj odrobiny popiołu było tak łatwém, to czyż już tylko w tym razie będzie popiół oddziaływał alkalicznie? Sądzę, że popiół z każdéj prawie tkaniny organicznéj będzie po wyżarzeniu na blaszce platynowéj oddziaływał alkalicznie. Oto wszystko, czego nas chce nauczyć rozprawka pod tak wiele obiecującym tytułem. Jak widać nie objął autor zakresem swojéj wiedzy spostrzeżeń nawet ostatniego lat dziesiątka a badaniu nadał kierunek najzupełniéj niewłaściwy.

Dr. I. Schaitter.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

IX Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 21go maja 1884.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 28.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2. Przewodniczący zdaje sprawę imieniem Komisyi zajmującéj się referatami dla roczników Virchowa i Hirscha. W roku bieżącym członkowie Komisyi prawie wszyscy wywiązali się z czynności, których się podjęli, i tym sposobem na termin przepisany zdołano wysłać do Berlina 128 referatów z prac lekarskich polskich w roku przeszłym ogłoszonych. Niestety pominięto znów kilka prac, które się pojawiły w Przeglądzie Lekarskim; tém bardziéj przypuścić należy, że i z innych czasopism polskich niektóre pominięte zostały.

Referaty wysłane odnoszą się do prac następujących lekarzy (cyfry oznaczają ilość prac):

Biegański 1, Bieliński 1, Blumenstok 8, Chełchowski 1, Cepryński i Talko 1, Czarowski 1, Danek 1, Dobrzycki 3, Dogiel 2, Dunin 3, Eban i Jasiński 1, Erlicki 1, Florkiewicz i Rogowicz 2, Gabszewicz 2, Gajkiewicz 1, Gluziński 3, Gwiazdomorski 1, Hołowiński 1, Huzarski 1, Jabłonowski 5, Jakowski 2, Janiszewski 1, Jawdyński 1, Jaworski 2, Jeleński 1, Jerzykowski 1, Klink 1, Kohn 1, Korniłowicz 2, Kośmiński 1, Kramsztyk 2, Krówczyński 1, Machek 2, Majkowski 1, Malinowski 4, Matlakowski 5, Mączewski 1, Meyerson 1, Mikulicz 4, Mierzejewski i Erlicki 1, Natanson 1, Nencki 1, Neugebauer 2, Orłowski 2, Pacanowski 2, Paczkowski 1, Pawiński 1, Perkowski 2, Peszke 1, Pisek 2, Reichmann 2, Rosenblatt 1, Rosenthal 1, Ruppert 1, Rydygier 1, Rzeczniowski 1, Schaitter 9, Schattauer 1, Sokołowski 6, Straszewski 1, Święcicki 2, Świeżański i Wenda 1, Talko 1, Vorstaedter 1, Wasserzug 1, Wicherkiewicz 2, Wolfram 2, Wróblewski 1, Wroczyński 1, Zawadzki 1, Żuliński 1.

3) Przewodniczący zawiadamia Zgromadzenie, iż jadąc na tegoroczny Zjazd lekarzy i przyrodników polskich do Poznania, będzie reprezentował na nim Tow. lek. krak.

4. Kol. Jordan odczytuje rzecz o „antyseptyce w położnictwie.“ (Odczyt ten umieszczonym zostanie w Przegl. Lek.)

W dyskusyi zabierali głos koll. Madurowicz, Kohn, Mars i Obaliński.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Szymkiewicz.*

VII. Cholera w Egipcie r. 1883.

Napisał Dr. K. Kłodzianowski.

Delegat i lekarz sanitarny ces. i król. Austryi i Węgier przy Radzie międzynarodowéj sanit. kwarant. w Egipcie.

(Rzecz czytana na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

Uprzedzam z góry, że nie będę tu mówić o nowych badaniach mikroskopowych i odkryciach Kocha; są one mniéj lub więcéj znane, a pytanie to czeka jeszcze ostatecznego rozwiązania. Wypowiedzenie mego zdania osobistego byłoby przedwczesném i wzbudziłoby dyskusyję, któréj rezultat byłby niepewnym. Ograniczę się tylko do opowiedzenia powstania i rozszerzania się cholery, jako też wspomnę o środkach zaradczych i z jakim skutkiem ich użyto.

Najważniejszą dla nas rzeczą jest udowodnienie źródła cholery w Egipcie, czy ona rozwinęła się w kraju samym, czy też zawleczoną została z Indyj, znanéj kolebki cholery.

23 czerwca 1883 r. otrzymała Rada międzynarodowa w Aleksandryi od swego ajenta Dra Ferrariego telegraficzne uwiadomienie o ukazaniu się słabości podobnéj do cholery. Rada zebrawszy się natychmiast na posiedzenie wysłała na drugi dzień kilku członków swoich, lekarzy, którzy cholerę nie pierwszy raz widzieli, aby ci orzekli, czy słabość w Damiecie jest cholerą lub nie. Komisyja ta orzekła jednogłośnie, że słabość jest cholerą, ze względu zaś na gwałtowne szerzenie i powiększanie się jest cholerą epidemiczną.

Po orzeczeniu téj Komisyi złożonéj z ludzi doświadczonych nie można było wątpić o jakości choroby. Pomimo to znaleźli się lekarze, którzy nie będąc w Damiecie tendencyjnie rozsiewali wieści, że choroba w Damiecie nie jest cholerą, lecz *gastroenteritis* z przyczyny zakażenia wody padliną. Znalazł się nawet jeden, który przy téj sposobności odkrył *typhus bovinus* zhumanizowany. Raptowne jednak szerzenie się cholery nakazało milczenie. Nie mogąc zaprzeczyć istnienia cholery, wzięli sobie ci sami za zadanie dowieść, że cholera powstała samorodnie w Egipcie a nie została zawleczoną z Indyj. Powstały dwa obozy, jeden polityczno-medyczny przypuszczający samorodność cholery w Egipcie, drugi medyczno-naukowy szukający dowodów zawleczenia cholery z Indyj.

Na pierwszy rzut oka dziwném to się wydało, że cholera pokazała się właśnie w Damiecie pozornie niebędącéj w żadnéj komunikacyi z Indyjami. Winę rozwinięcia się cholery przypisywano z jednéj strony jarmarkowi, który się odbył przed 23 czerwca, z drugiéj strony zanieczyszczeniu Nilu padliną bydła, które poczciwy Fellah dawnym zwyczajem, aby oszczędzić pracy grzebania, wrzucał do Nilu.

Sąto niezawodnie stosunki bardzo odpowiednie dla rozwoju epidemii, tém bardziéj, że po wojnie stan higijeniczny kraju był daleko gorszym niż przedtém, jednakowoż ztąd wywodzić samorodne wylęgnięcie się cholery jest rzeczą bardzo śmiałą i niemającą żadnéj podstawy. Jarmark odbywa się w Damiecie co rok w tych samych warunkach, zakażenie Nilu padliną zwierzęcą również jest rzeczą zwyczajną. W roku 1876 gdy podczas zarazy wielkiéj na konie wszystkie niemal wyginęły w Egipcie, był Nil tak zarzucony padliną, że koło Damiety trudno było statkiem przepłynąć. Pomimo tego cholery w Egipcie nie było. Zresztą wrzucanie padliny do wody jestto zwyczaj w Egipcie od niepamiętnych czasów praktykowany, a *typhus bovinus* istnieje tamże od lat 20 bez przerwy. Stan higijeniczny kraju był zawsze złym, policyi zdrowia prawie jak nie ma, gdyż jéj zadanie spełniają od wieków upał słoneczny, psy uliczne i jastrzębie.

W tym samym czasie, kiedy w Egipcie tylko wyjątkowo kilku lekarzy przeczyło istnieniu cholery w Damiecie, odezwał się w parlamencie angielskim głos znanego uczonego, który twierdził to samo, utrzymując, że ta epidemija nie jest cholerą, tylko słabością do téjże podobną, powstałą z przyczyn miejscowych i że wkrótce ustanie. Na te twierdzenia dała cholera sama jasną i prędką odpowiedź, rozszerzając się z wielką gwałtownością po całym kraju. Anglija, którą ta kwestyja bardzo interesowała, i któréj zależało na tém, aby świat przekonać, iż cholera w Egipcie samym się zrodziła, a nie była zawleczoną z Indyj, wysłała tamże w misyi nadzwyczajnéj Dra Huntera, który, więcéj lekarz niż dyplomata, zdradził się na samym wstępie do Egiptu, że z gotowym programem przyjechał. Zaledwie wysiadł na ląd oświadczył kategorycznie, że cholera musiała się wylęgnąć w Egipcie. Po małéj przejażdzce koleją, nie wysiadając prawie z wagonu, potwierdził swoje mniemanie dodając, że ta epidemija jest tylko ciągiem dalszym epidemii z r. 1865 i że od tego czasu istniała ciągle w stanie endemicznym. Niektórzy lekarze, i to tacy, którzy w głębi kraju nigdy nie byli, oświadczyli na jego zapytanie, chcąc mu się przypodobać, że widzieli kilka przypadków choleryny.

Te orzeczenia i okoliczność, że w wykazach śmiertelności często bardzo znajduje się *gastro-enteritis*, służyły Drowi Hunterowi za podstawę jego orzeczenia. Co do mnie przez lat kilka przejeżdżałem kraj wzdłuż i w szerz studyjując przedewszystkiém właściwości chorób miejscowych, a nigdy nie widziałem żadnego przypadku cholery ani żadnéj innéj choroby, któraby się zbliżała do niéj. Co się tyczy *gastro-enteritis* figurującéj w wykazach śmiertelności tylko tyle mogę powiedzieć, że gdyby Dr. Hunter był jéj się bliżéj przypatrzył, byłby się przekonał, że to była *gastro-enteritis* małych dzieci.

Pomijając nawet argumenta wyż przytoczone sama gwałtowność epidemii przeczy temu, jakoby cholera w Egipcie istnieć mogła od roku 1865 w stanie endemicznym.

Na potwierdzenie tego przytoczę akt bardzo ważny pochodzący z angielskiéj Rady zdrowia w Indyjach. Aby położyć koniec wszelkim sprzeczkom z radą sanitarną w Indyjach Rada sanitarna międzynarodowa w Aleksandryi zapytała się pierwszéj, kiedy cholera podług jéj zdania jest w Indyjach epidemiczną a kiedy nią nie jest. Na to otrzymaliśmy następującą odpowiedź: cholera rozwija się epidemicznie tylko w takich miejscach, gdzie w stanie endemicznym się nie znajduje, a przeciwnie w Bombayu, Kalkucie i innych miejscach, gdzie cholera endemiczna trwa ciągle, epidemii téjże w ścisłém słowa tego znaczeniu nigdy nie było. To znaczy, że w kraju, gdzie cholera istnieje w stanie endemicznym, epidemija tego rodzaju nie byłaby możliwą.

Powstanie cholery z zakażenia Nilu padliną chciano udowodnić jeszcze tą okolicznością, że po wyczyszczeniu wody ze ścierwa cholera w Damiecie ustała. To prawda, że cholera w Damiecie ustała po upływie miesiąca, gdyż wszystkie epidemije gwałtowne krótko trwają; lecz ustając w Damiecie, szerzyła się cholera w najgwałtowniejszy sposób w Mansurze i w innych miejscowościach nad brzegami Nilu. Gdyby tedy oczyszczenie Nilu rzeczywiście taki wpływ zbawienny miało wywrzeć na ustanie cholery w Damiecie, to powinnoby było tak samo zbawiennie oddziaływać na inne miejsca leżące na brzegach; stało się jednakowoż przeciwnie.

Te są argumenta, któremi stronnictwo medyczno-polityczne starało się udowodnić wywiązanie się samoistne cholery w Egipcie.

Z nich tylko ta okoliczność jest ważną, że po wojnie w skutek téjże późniéj zanieczyszczenie wody ścierwem przedewszystkiém w okolicy Damiety i w czasie zebrania tłumu podczas jarmarku utworzyło stan bardzo korzystny dla rozwinięcia się epidemii. Nasuwa się tu pytanie, czy zarodek cholery mógł być zawleczony z Indyj do Damiety, czy nie?

Na pozór wydaje się, że Damieta, która dziś straciła swój dawny wielki handel ustępując miejsca Aleksandryi, nie pozostaje w żadném połączeniu z Indyjami; jednakowoż tak nie jest. Jest ona w połączeniu najniebezpieczniejszém, bo z okrętami kupieckiemi przychodzącemi z Indyj. Okręty kupieckie angielskie są bardzo oszczędne w ekwipowaniu się, zabierają przeto z Anglii tylu tylko ludzi, ilu im koniecznie potrzeba do przebycia morza śródziemnego. Morze to jest zwykle spokojne, klimat jego przyjemny a zatém mało ludzi wystarcza do obsługi okrętu. Przyjeżdżając do Port-Said okręty zwykły najmować ludzi, przedewszystkiém palaczy Arabów, gdyż Europejczycy przy temperaturze morza czerwonego i indyjskiego nie mogą wytrzymać tak mozolnéj pracy. Drugą przyczyną jest oszczędność płacy. Ludzie, których się najmuje w Port-Said do Indyj i napowrót, pochodzą zwykle z Damiety, znani jako dobrzy marynarze, którzy rodziny swoje mają w saméj Damiecie. W powrocie okręty te nie podlegają żadnéj kontroli pomiędzy miastem portowém indyjskiém a Suezem. Gdy podczas podróży cholera na okręcie powstanie i z załogi umrze kilku ludzi, to kapitan zawija do pierwszéj lepszéj małéj przystani, najmuje zastępców i przybywa do Suezu z kompletnym ekwipażem, jaki na liście okrętowéj się znajduje. Sprawdzić tożsamość osób składających załogę okrętową rzeczą jest niemożliwą, a kapitanowie sąto zwykle tego rodzaju ludzie, którzy sobie żadnego skrupułu nie robią z potwierdzenia kłamstwa przysięgą.—Wielu ludzi okrętowych, a przedewszystkiém najętych w Egipcie, na listach okrętowych nie figuruje aby uniknąć wszelkich opłat. Opuściwszy Suez okręt przepływa kanał Suezki albo wolno albo w czasie epidemii w Indyjach pod dozorem kwarantanowym, tj. nie może komunikować z lądem. Dla przestrzegania tego zakazu dostaje w Suezie nadzorcę z kwarantany.—Jak mówiłem poprzednio, znajdują się na pokładzie i to przedewszystkiém ludzie z Egiptu, którzy na liście okrętowéj nie figurują, ci bez wiedzy w nocy albo z wiedzą przekupionego nadzorcy wysiadają na ląd przed przybyciem do Port-Said około Izmailii, zkąd im

bliżéj do Damiety. Ztąd udają się prosto przez jezioro Menzalech do Damiety do swoich rodzin. Liczba tych ludzi jest znaczną. Zatém komunikacyja Damiety z Indyjami jest ciągłą i częstą. (C. d. n.)

VIII. III-ci Zjazd berliński poświęcony medycynie wewnętrznéj.

Przewodniczący zgromadzeniu Frerichs zagaił pierwsze posiedzenie Zjazdu przemową, w któréj przedstawił treściwie szereg zagadnień z zakresu medycyny wewnętrznéj, obrabianych podczas Zjazdów poprzednich, następnie wyliczył kwestyje, któremi zajmie się Zjazd trzeci. Jakkolwiek spraw roztrząsanych na Zjazdach poprzednich nie można jeszcze wcale uważać za załatwione, bo na to może lat setek potrzeba będzie, to jednak sprawy te rozbudziły żywe zajęcie w kraju i zagranicą, porozumiano się bowiem wzajemnie co do kwestyj najważniejszych i wytknięto niejako drogę dalszemu badaniu.

Z kolei zabrał głos Jürgensen mając mówić:

O samorodném zapaleniu płuc.

Referent przedstawił w krótkim zarysie historycznym przemiany zapatrywań na tę chorobę a za początek nowego zwrotu tych zapatrywań uważa chwilę, w któréj wyrzekł: że zapalenie płuc jest chorobą zakaźną, ogólną, z przeważną lokalizacyją w płucach. Teraz może do tego określenia dodać słowa, że przyrzut téj choroby zakaźnéj jest znany tak więc, zdanie: *Frigus unica pneumoniae causa* nie jest już prawdziwém. Zaziębienie wykazać można z pewném podobieństwem do prawdy zaledwie u 20% wszystkich chorych na zapalenie płuc a jeżeli w ogóle liczyć się trzeba z tą szkodliwością, to tylko dla tego, że zaziębienie sprowadza nieżyt oskrzelowy, który sprzyja przyjęciu się i rozwojowi przyrzutu. Drugą ważną jest okoliczność, że zapalenie płuc nie jest wcale chorobą nagabującą w sile wieku męskiego; błędne to zapatrywanie wynikło jedynie z powoływania się na daty szpitalne. Już Dietl i Immermann wykazywali w różnych czasach, że zapalenie płuc nagabuje osoby osłabione. Na pytanie, czy zmiany meteorologiczne wywierają wpływ na częstość przypadków zapalenia płuc, odpowiada autor twierdząco i jako pewnik ogłasza, że względna wilgotność gruntu przeszkadza, posucha sprzyja rozwojowi téj choroby.

Na podstawie 10-letnich doświadczeń twierdzi autor, że zapalenie płuc jest chorobą łączącą się z mieszkaniami tak jak dur brzuszny, że jednak nie zdarzają się rozległe zarazy, przypisać należy okoliczności, że do zapadnięcia potrzeba znacznego stopnia osobniczego usposobienia. Nie można również zaprzeczyć możliwości przeniesienia choroby z osoby na osobę, jakkolwiek takie przypadki są nader rzadkie. Flint wykazał w przeciągu 6-letnich obserwacyj w $^2/_3$ swoich przypadków związek zachodzący pomiędzy schorzeniem dawniejszém a świeżém, wypowiedzenie jednak, że zapalenie płuc jest wprost chorobą zaraźliwą, jest zdaniem J. zanadto śmiałém, jak niemniéj nie można przypisywać wielkiego znaczenia zapatrywaniom Kühna o rozwlekaniu przyrzutu téj choroby.

Ze względów klinicznych oświadczył się J. za jednotliwością przyrzutu. Za wielorakością przyrzutu przemawiały przypadki, w których obok zajęcia miąższu płucnego rozwijał się przyrzut w innych narządach równocześnie sprowadzając tamże zmiany zapalne. Szkolnym niejako i typowym nazywa J. przypadek, w którym nagabniętym bywa jeden płat płuca, choroba rozpoczyna się od dreszczu i kończy się wyraźném przesileniem; J. jest jednak zdania, że przyrzut krążący wśród krwi może również gdzieindziéj rozwinąć się a żaden narząd nie jest zabezpieczony od jego wtargnięcia. Nauwerk wynalazł w 13tu przypadkach prątki Friedlaendera w nerkach osób, które obok zapalenia płuc cierpiały równocześnie na dławcowe zapalenie nerek. Obserwacyja przebiegu ciepłoty wśród zapalenia płuc wskazuje, że rozwój przyrzutu nie jest jednostajny tak w przypadkach z przebiegiem ciężkim jakoteż w przypadkach typowych zupełnie zgodnie z tém, co już spostrzegano w przebiegu zimnicy i duru powrotnego.

Mimochodem tylko dotknął mowca terapii, kładąc główne nacisk na wypełnienie wskazań higijeny w pierwszym rzędzie. Własne doświadczenia nie przekonały go o skuteczności jodu jako środka poronnego, który zalecano w ostatnich czasach; gorąco zaleca metody odciągania wysokiéj ciepłoty obok zwracania bacznéj uwagi na czynność serca. Ostatecznie reasumuje zapatrywania w trzech zdaniach: „Zapalenie płuc jest chorobą zakaźną, która się najczęściéj jakkolwiek nie zawsze lokalizuje w płucach. Zaziębienie jest jedną z rzadszych przyczyn przypadkowych, a osoby osłabione podpadają częściéj niż silne i zdrowe. Wśród leczenia należy porzucić postępowanie przeciwzapalne w pojmowaniu lekarzy dawniejszych.“

Korreferent Fraenkel (Berlin) zastanawia się w przemówieniu swojém nieco dokładniéj nad pneumokokami Friedlaendera. Opisując dokładnie sposób hodowania tych pasorzytów, wykazuje cechy odróżniające je od innych istot tego rodzaju a w końcu swojego referatu wysnuwa następujące wnioski:

1. Grzybek zapalenia płuc, który za pomocą hodowli można odosobnić z płuca człowieka zmarłego, przyjmuje się u różnych rodzajów zwierząt. Króliki okazują się czasem odpornemi na ten przyrzut, innym razem ulegają szybko jego działaniu wśród objawów ogólnego ciężkiego schorzenia albo téż wśród zapalenia narządów wewnętrznych lub błon surowiczych.

2. Późniejsze doświadczenia rozstrzygną co jest przyczyną takiego zachowania się królików. Bądź co bądź należy przyczyny szukać w rozmaitéj jadliwości przyrzutu który traci swoją pierwotną siłę jużto w skutek wpływów działających nań nim wtargnął do organizmu, jużtéżto wśród samego organizmu.

3. Tworzenie się powłoczek na kokach, jak niemniéj ich wzrost w postaci paznogcia, nie są wcale objawami stałemi, powłoczki napotyka się i u innych rodzajów koków a wzrost opisany polega na szczególniejszéj sile rozrodczéj tych pasorzytów. Z tych tedy powodów nie można pasorzyta zapalenia płuc jako takiego odrębnie scharakteryzować.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrało głos kilkunastu członków Zjazdu. Z tych jedni starali się rozszerzyć inni ograniczyć definicyję wygłoszoną przez Jürgensena. W głównych zarysach jednak przyjęło zgromadzenie tę definicyję i zajęło się w dalszym ciągu dyskusyi roztrząsaniem kwestyj leczniczych.

Na posiedzeniu następném zabrał głos Rosenthal (z Erlangi) mając mówić:

O odruchach.

Badanie odruchów, tyle ważne ze względu na tłumaczenie objawów chorobowych, nastręcza liczne trudności po-

szukiwaniom fizyjologów; rozchodzi się bowiem o zbadanie mechanizmu tych spraw w ośrodkach nerwowych, podczas gdy przebieg skutków zadrażnienia jest w rozgałęzieniach nerwów obwodowych poznany zaledwie w ogólnych zarysach. Pojęcie „odruchu“ uwzględnia się o tyle, że się tą nazwą obejmuje schematycznie pewien ruch sprowadzony w układzie mięśniowym zadziałaniem wrażenia czuciowego na obwód. Nie obejmuje się tą nazwą spraw z zakresu czynności psychicznych, któreto sprawy są odruchami skomplikowanemi. W powstawaniu odruchów pierwszego rodzaju pośredniczy rdzeń pacierzowy a mała nawet cząstka tegoż jest dostateczną do wywołania tych objawów.

W roku 1854 obliczył Helmholtz szybkość szerzenia się zadrażnienia w nerwach na 24 metry w sekundzie. Autor przekonał się, że szybkość ta jest znacznie mniejszą, gdy zadrażnienie przebywa ośrodki nerwowe, że więc te ośrodki stanowią znaczniejszą przeszkodę dla szerzenia się zadrażnienia aniżeli obwodowe rozgałęzienia nerwów czuciowych i ruchowych. Czas pomiędzy zadziałaniem bodźca a skurczem bywa bardzo rozmaity, zależnie od natężenia bodźca i od miejsca zadziałania. Pod wpływem ciągłego zwiększania natężenia bodźca zmniejsza się „czas odruchu“ a wreszcie staje się tak krótkim, że prawidło Helmholtza staje się nieprawdziwém.

W dalszym ciągu przemówienia swego zajął się autor śledzeniem kierunku przebiegu zadrażnienia w rdzeniu pacierzowym, w końcu dodaje jednak, że nie doszedł do rezultatów, któreby można było zużytkować praktycznie przy łóżku chorego.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera głos między innymi Weber z Halli i opisuje przypadek padaczki, który może służyć za dowód twierdzenia Rosenthala, że czas odruchu bywa krótszym w miarę zwiększania się natężenia bodźca. U pewnego chorego można było po zagojeniu się rany na palcu wywołać napad drgawek padaczkowych drażniąc mechanicznie bliznę pozostałą w miejscu wymienioném. Napad występował prędzéj lub późniéj w miarę, czy bliznę silnie uciśnięto lub téż z lekka tylko głaskano.

W dalszym ciągu tegoż posiedzenia mówił Pfeiffer (z Weimaru)

O krowiance i ospie.

Na podstawie spostrzeżeń własnych i cudzych zastanawia się P. nad: 1. miejscem wtargnienia i rozwoju grzybka ospy-krowianki, 2. nad doświadczalném wzmacnianiem i osłabianiem jego siły i 3. nad postępami w technice szczepienia. W dłuższém przemówieniu dowodzi autor, że przyrzut ospowy nie rozmnaża się w krostach ospowych i że za tém jego twierdzeniem przemawiają między innemi przypadki ospy bez króst (*Variola sine variolis* Sydenham, Boerhave), przemawia za tém przebieg gorączki po wtargnieniu przyrzutu do organizmu, zanim jeszcze krosty powstały. Lokalizacyję w skórze tłumaczy P. więźnieniem przyrzutu w najdrobniejszych tętniczkach sieci Malpighiego, nie tłumaczy jednak wcale, dla czego pewne okolice skóry mają pod tym względem pierwszeństwo.

Naturalne osłabienie przyrzutu ospy spływającéj zachodzi w przypadkach ospy rozsianéj; to osłabienie jest jednak tylko pozorném, sprowadzoném tylko przez to, że chory który został dotknięty, był nieodpowiednim dla rozwoju cięższéj postaci ospy a przypadki ospy rozsianéj dają powód do powstania u innych osób ospy spływającéj. Sztuczne osłabienie przyrzutu ospowego następuje przez szczepienie tegoż na organizmy ludzkie i w ten sposób postępowano w Chinach według Eimera już przed 3000 lat. Inny rodzaj sztucznego osłabiania polega na szczepieniu ospy zwierzętom: koniom i bydłu, to jednak osłabienie nie zawsze bywa pewném. Z pewnością osłabia się w ten ostatni sposób ospa-krowianka, która sprowadza gorączkę wznoszącą się w postaci jednostajnéj linii krzywéj bez gorączki wstępnéj i końcowéj czyli ropnéj. Powstanie krosty po zaszczepieniu nie jest koniecznćm, aby nabyć ochrony. U osób przedstawiających mniéj korzystne warunki dla zaszczepienia pojawia się o tyle odmienny przebieg, że przyrzut pozostaje utajony aż do 30 dni.

Przyrzut osłabiony odświeża się przez przeszczepienie limfy humanizowanéj na bydło lub konia, w ostatnim razie zachodzi niebezpieczeństwo zaszczepienia nosacizny, dla tego tego sposobu należy zaniechać. Limfa tak otrzymana (za pośrednictwem bydła) jest t. zw. *retrovaccina*, pojawiająca się w handlu. Do szczepień zwykłych najodpowiedniejszą jest limfa z cieląt, przeszczepienie kiły jest w tym razie niemożliwém, a zaszczepienia grużlicy nie należy się obawiać, jeżeli użyto cieląt młodych. W końcu poleca prelegent wobec tak wielkiego rozpowszechnienia krowianki, przy uniwersytetach i szkołach weterynaryi zbudowanie zakładów, mających służyć za wzorowe do uzyskiwania krowianki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25—31 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,4. Z ospy umarło 5 (5 z. t.); z płonicy 3 (0 z. t.): z błonicy 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy. W tygodniu od 18 24 maja umarło z ospy w Londynie 17, świeżo zapadło 248, leczyło się w szpitalach 976. W Wiedniu, Liwerpolu, Murcyi umarło po 2, w Petersburgu i Brukseli po 4, w Bombayu (od 23—29 kwietnia) 12, w Pradze 18, w Nowym Orleanie 21, w Madrasie (od 15—21 marca) 383. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Murcyi po 1, w Maladze 2, w Petersburgu 3. Odra złagodniała w Roterdamie, Londynie i Petersburgu również i krztusiec mniéj zabiera ofiar w Londynie. Z cholery umarło w Madrasie od 15—21 marca 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 28,9; w Warszawie 25,1; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 33.6; w Pradze 39,0; w Tryjeście 26,0; w Berlinie 25,3; w Hamburgu 25,7; we Wrocławiu 34,6; w Gdańsku 23,1; w Mnichowie 33,4; w Dreźnie 28,4; w Lipsku 32,2; w Genewie 24,3; w Brukseli 24,6; w Amsterdamie 24,0; w Hadze 24,1; w Paryżu 25,5; w Londynie 18,5; w Kopenhadze 25,5; w Stokholmie 25,2; w Chrystyjanii 11,7; w Petersburgu 36,7; w Odesie 31,6; w Wenecyi 22,3; w Bukareszcie 27,3; w Lizbonie 21,4; w Aleksandryi 29,2; w Nowym Jorku 24,9; w Filadelfii 20,5; w Bombayu 28,5; w Madrasie 89,1. *J. B.*

Śmiertelnosć we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Od 25—30 maja r. b. zmarło 84 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 37·8. W tym czasie zmarło z dyfteryi 2 osób, z dławca 1, z duru brzusznego 2.

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 czerwca. Prof. Rydel wybrany został jednogłośnie rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego na przyszły rok szkolny.

* Z prawdziwą przyjemnością donosimy, że według zapewnienia koll. Rosnera, Mikulicza i Pareńskiego, protomedyk Biesiadecki ma się znacznie lepiéj i że w ogóle stan jego nie budzi obawy.

* **Posiedzenie Wydziału gospodarczego** IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbyło się w Poznaniu dnia 8 b. m. dla załatwienia spraw przekazanych mu przez Zjazd. Na posiedzeniu tém, w którém brał udział także prof. Dr. Szokalski, uchwalono stósownie do zlecenia Zjazdu zająć się sporządzeniem pamiątkowéj tablicy dla braci Śniadeckich. Tablica ta ma być wmurowaną w katedrze gnieźnieńskiéj. Celem zebrania odpowiednich funduszów na rzeczoną tablicę postanowiono wydać odezwę, ogłosić ją w pismach publicznych a nadto rozesłać do niektórych osób w Warszawie, Krakowie i Lwowie, które się zajmą przyjmowaniem na ten cel datków. Daléj stosownie do upoważnienia Zjazdu wybrano na przewodniczącego Wydziału gospodarczego przyszłego V Zjazdu lekarzy i przyrodników, który ma się odbyć we Lwowie, pana Dra Czyżewicza, a na sekretarza Dra Józefa Żulińskiego, obydwóch ze Lwowa.

Wniosek prof. Dra Blumenstoka, domagający się, aby wolno było tylko ustnie wygłaszać odczyt na plenarném posiedzeniu, nie uzyskał większości głosów Wydziału gospodarczego. Wniosek zaś Dra Rostafińskiego, określający warunki i zastrzeżenia, pod jakiemi zgłoszenia z odczytami, wykładami i referatami następować mogą, przekazano do rozwagi V Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich.

Uchwalono daléj zebrać wszystkie uchwały poprzednich Zjazdów, tyczące się porządku obrad i regulaminu a następnie po zebraniu ich przedstawić odpowiednie wnioski przyszłemu Zjazdowi. Uchwalono nadto, aby sekcyja przyrodnicza Wydziału gospodarczego porozumiała się z poznańskiem Towarzystwem Przyjaciół nauk w sprawie zakładania stacyj meteorologicznych. Inne sprawy załatwione będą na przyszłych posiedzeniach Wydziału gospodarczego, które niebawem się odbędą. (*Gaz. Krak.*).

Ostatni Nr. Dziennika Zjazdu według doniesienia, otrzymanego od kol. Wicherkiewicza, ukaże się dopiero za tydzień.

* Zaledwie Encyklopedyja Eulenburga nakładem Urbana i Schwarzenberga wychodząca w roku przeszłym ukończoną została, a już otrzymaliśmy zapowiedź wydania 2go, którego druk rozpocznie się już w jesieni rb. W wydaniu 2ém znacznie pomnożoném nierównie więcéj aniżeli w 1ém uwzględnionemi będą: anatomija topograficzna, histologija i chemija fizyjologiczna oraz fizyjologija. Dzieło całe ukończoném będzie do 1go kwietnia 1888 r. a już teraz wydawca rozsyła współpracownikom artykuły z 1go wydania do przejrzenia i uzupełnienia.

* Dr. Ludwik Loewe, kierujący polikliniką berlińską, donosi nam, że w poliklinice berlińskiéj utworzono posady asystentów dla każdego przedmiotu specyjalnego, posada taka nadawaną będzie tylko na 3 miesiące, i ażeby poliklinikę uczynić zakładem międzynarodowym dla lekarzy wszelkich narodowości, posady asystentów udzielane będą także lekarzom polskim, a to w celu, aby kursy specyjalne odbywać się mogły i w języku polskim. Jesteśmy proszeni, aby na urządzenie to zwrócić uwagę kolegów.

* Otrzymaliśmy program 8go Zjazdu międzynarodowego, odbyć się mającego w r. b. w Kopenhadze od 10 do 16 sierpnia. Językami wykładowemi są: francuski, niemiecki i angielski. Na posiedzeniach ogólnych wykładać będą: Virchow, Pasteur, baron Gull, Tomasi-Crudeli, Verneuil i Panum. Sekcyj będzie 14, a wykladać będą pomiędzy innymi: 1) w sekcyi anatomicznéj: Ebner, Bizzozero, Ranvier, Retzius, His, Braune, Kölliker, Meyer, Sutton; 2) w sekcyi fizyjologicznéj: Hammersten, Norris, Hayem, Dogiel, Worm-Müller, Malassez, Kronecker, Munk, Mosso, Marey, Burdon Sanderson, Hensen, Panum; 3) w sekcyi anatomii ogólnéj i patolog. Grancher, Chauveau, Weigert, Koch, Cornil, Friedländer, Hannover; 4) w sekcyi lekarskiéj: Liebermeister, Lépine, Rosenstein, Ewald, Leube, Jürgensen, Landouzy, Lewin; 5) w sekcyi chirurgicznéj: Lister, Mosetig, Schede, Paul Bert, Esmarch, Gussenbauer, Hahn, Ferrier, Verneuil, Guyon; 6) w sekcyi ginekologicznéj: Mikulicz, Koeberlé, Menière, Hegar, Schröder, Simpson, Halbertsma, Stadtfeldt, Zweifel; 7) w oftalmologicznéj: Samelson, Holmgren, Graefe, Schmidt, Meyer, Wecker, Sattler, Raehlmann, Gałęzowski, Mooren, Dobrowolski; 8) w pedyjatrycznéj: Rauchfuss, Baginsky; 9) w dermatologicznéj: Fournier, Köbner, Liebreich, Schwimmer, Kaposi, Unna; 10) w nerwologicznéj: Eulenburg, Charcot, Adamkiewicz; 11) w laryngologicznéj: Semon, Schnitzler, Mackenzie; 12) w otologicznéj: Lucae, Voltolini Schwartze, Wreden; 13) w higijenicznéj: Brouardel, Jäderholm; 14) w wojskowo lekarskiéj: M. Cormac, Neudörfer.

* **Rosyja.** W *Petersb. Med. Woch.* czytamy, że w Moskwie felczerowie mają rozległą praktykę, a dwaj z nich Nikiforow i Kudryjawcow zebrali znaczny majątek. Temi dniami zachorowała tamże milijonowa pani Smirnowa i z pośród wielkiéj liczby lekarzy wybrała sobie jako ordynaryjusza felczera Nikiforowa; gdy choroba stała się groźną, felczer uznał za potrzebne *consilium* i wezwał „profesora“, a tym był weterynarz Bokow.

* **Ruch kąpielowy.** W Cieplicach czeskich do d. 4 bm. było gości 1526, w Luhaczowicach do d. 27 maja gości 107, w Giesshüblu 70, w Gainfarn 301.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Docenci prywatni Zülzer i Tobold mianowani zostali proff. nadzw. — Dr. Baginsky habilitował się jako docent chorób skórnych a Dr. Virchow młodszy jako docent anatomii. — **Petersburg.** Dr. S. Popow habilitował się jako docent farmakologii. — **Praga.** Wydział lek. niemiecki na opróżnioną po ustąpieniu Hasnera katedrę okulistyki przedstawił trzech kandydatów w następującéj kolei: Beckera, Fuchsa i Sattlera, wszystkich trzech uczniów Arlta. — W Wydziale lek. czeskim katedrę medycyny sądowéj objął zastępczo lekarz powiatowy Dr. Reinsberg.

* **Wiadomości osobowe.** Drowie Adam Sołowij i Józef Peters mianowani zostali lekarzami asystentami, pierwszy w szpitalu garnizonowym wiedeńskim, a ostatni w krakowskim.

* **Nekrologija.** Dowiadujemy się dopiero teraz, że przed kilku tygodniami umarł z duru Dr. Leon Świderski, praktykujący w Barcinie w W. X. Poznańskiém, licząc zaledwie lat 27, lekarz piękne rokujący nadzieje, syn znanego zaszczytnie radzcy zdrowia Dr. Sw. w Poznaniu. Piękną rozprawę nieboszczyka oceniliśmy w swoim czasie w Przegl. Lek. Cześć jego pamięci!

Eugeni Pelikan, o którego śmierci niedawno donieśliśmy, był synem Wacława; odbywszy nauki lekarskie w Moskwie otrzymał w r. 1847 dyplom doktorski. Niedługo potém mianowany został profesorem ginekologii i pedyjatryi w Akademii petersburskiéj, którąto katedrę wkrótce zamienił na katedrę medycyny sądowéj i higijeny i zasłynął jako pierwszorzędna znakomitość w Rosyi. Ogłosił on toksykologiję według dzieła Dra Rabuteau, znakomite dzieło o skopcach, a dawniéj jeszcze w języku niemieckim dziełko p. t. *Beiträge zur gerichtl. Medicin, Toxikologie u. Pharmakodynamik.* Augsburg, 1858; nadto był redaktorem, założycielem i współpracownikiem licznych czasopism rosyjskich. W r. 1858 mianowany został zastępcą dyrektora, a wkrótce potém dyrektorem departamentu lekarskiego, członkiem a późniéj prezesem Rady lekarskiéj, jako taki brał udział w rozmaitych kongresach i komisyjach zdrowotnych międzynarodowych i objeżdżał w charakterze urzędowym całe państwo, które mu zawdzięcza liczne reformy sanitarne.

Zmarły chemik paryski Wurtz urodził się w Strasburgu, tamże zaczął kształcić się w chemii, późniéj pracował w Heidelbergu i w Giessen pod kierunkiem Liebiga; w r. 1843 otrzymał dyplom doktorski i udał się do Paryża, gdzie w r. 1847 mianowany został profesorem w zakładzie rolniczym, a późniéj objął w szkole lekarskiéj katedrę Dumasa, a w r. 1853 katedrę Orfili. Od r. 1865—1875 był dyrektorem szkoły lekarskiéj, późniéj jéj prezydentem honorowym. W r. 1867 wybrany został członkiem Akademii, był senatorem dożywotnim i zaszczycony został wielkim krzyżem legii honorowéj.

Piśmiennictwo lekarskie: Docent E. Kisch: Grundriss der klinischen Balneotherapie. Urban u. Schwarzenberg 1883, str. 512.

Jakkolwiek literatura niemiecka lekarska wcale nie jest ubogą w dzieła treści balneologicznéj, to przecież część ich znaczna nie przedstawia takiéj wartości, aby mogła stanowić niezbędną cząstkę składową podręcznego księgozbioru lekarza praktycznego. Te zaś obszerne dzieła balneologii, które wyczerpują przedmiot gruntownie, przedstawiając go krytycznie na zasadach ścisłéj umiejętności, są zbyt obszerne, a obok tego często pomijają część techniczną i metodyczną balneologii, tak że również nie są odpowiedniemi do użytku lekarza praktykującego. Brak ten w literaturze zdaje się w znacznéj części wypełniać dzieło

Kischa. Rozdział pierwszy tego dzieła przechodzi pokrótce historyję rozwoju balneologii. Na końcu umieszczoną jest literatura obejmująca zestawienie najważniejszych dzieł z zakresu balneoterapii, klimato- i hydroterapii. W następnym rozdziale autor podaje schematycznie wskazówki, jakich się trzymać należy przy chemicznêm badaniu wód. Tutaj opisuje autor sposób przez siebie podany jakościowego badania składników wód mineralnych za pomocą drobnowidu. Sposób ten może dać szczególniêj lekarzowi wskazówkę, do jakiêj grupy wód należy zaliczyć badaną wodę. W trzecim rozdziale, bardzo dobrze opracowanym, autor opisuje i rysunkami objaśnia różne metody stósowania wód mineralnych. Nieco za obszernie zastanawia się tutaj autor nad stósowaniem podskórnêm tych wód. Sposób ten opisał pierwszy Kisch. Zdaniem naszêm metoda ta jest nadto homeopatyczną. Nawet takie wody, które arsen zawierają (np. Roncegno, w 1000 grm. wody zawierająca 6 miligramów As_2O_3) stósowane podskórnie w objętości strzykawki Pravaza, nic więcêj sprawić nie mogą, jak tylko miejscowe zadrażnienie w miejscu zastrzyknięcia. W czwartym rozdziale dzieła swego autor przechodzi pojedyncze grupy wód mineralnych i rozbiera je pod względem farmakodynamicznym. Bardzo dobrze obmyślane są tutaj dołączone tablice, przedstawiające graficznym sposobem porównawczo ilości najważniejszych składników. W piątym rozdziale zajmuje się autor sposobami, jakiemi należy źródło uchwycić, zaopatrzyć i zabezpieczyć od wpływów wewnętrznych; dalêj opisuje różne metody napełniania butelek wodami mineralnemi i ich rozsełkę, wreszcie zajmuje się różnemi urządzeniami łazienek, wanien itd. Rozdział szósty i siódmy poświęcony jest najważniejszym rzeczom z zakresu hydro- i klimatoterapii. Rozdział ósmy zajmuje się częścią kliniczną balneologii i klimatologii. Ostatni rozdział wreszcie obejmuje alfabetycznie ułożony opis pojedynczych zdrojowisk. Całość dzieła jest nader starannie opracowaną. Dobrze wykonane drzeworyty ułatwiają bardzo zrozumienie przedmiotu. Papier i druk jak we wszystkich dziełach, wydanych przez powyższą firmę, tak i tutaj nic więcêj do życzenia nie pozostawia. *Dr. Kopff.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 23: Adamkiewicz: O nowym składniku włókien nerwowych (istota chromoleptyczna) i o dwubarwności tkanki rdzenia pacierzowego; — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Fabiana: Hemoglobinemija i hemoglobinuryja; Święcickiego: O unerwieniu pojedynczych odcinków pochwy u królika.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. CZYRNIAŃSKI: Teoryja chemiczno fizyczna na podstawie przyciągania się i ruchu wirowego niedziałek. (Osobne odbicie z Rozpraw Akademii Umiejętn.) Kraków 1884, in 8vo str. 44.

Dr. W. JAWORSKI: Vergleichende Versuche über das Verhalten des Karlsbader u. Kissinger Wassers sowie des Karlsbader Quellsalzes im menschlichen Magen. Leipzig 1884. (Osobne odbicie z D. Archiv f. klin. Medicin XXXV) in 8vo str. 43.

Dr. RYDYGIER: Podręcznik chirurgii szczegółowéj. Z licznemi rycinami T. I zeszyt 1. Poznań 1884, 8vo str. 80.

Na fundusz wsparcia sierot po jednym z lekarzy prowincyjonalnych nadesłał Dr. Mazurkiewicz z Krosna 3 złr., Dr. Kossak z Jarosławia 2 złr. Razem z poprzednio wykazanemi 200 złr. 75 ct.

Z powodów ani od redakcyi, ani od sprawozdawcy kol. Kwaśnickiego niezależnych, początek sprawozdania ze Zjazdu poznańskiego w tym Numerze nie mógł być umieszczony. Przepraszając Szan. Czytelników za zawód, postaramy się o powetowanie go w Numerze przyszłym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do L. 318.

Ogłoszenie konkursu.

Rozpisuje się konkurs na posady:

Dwóch Sekundaryjuszów i trzech Asystentów przy tutejszym szpitalu na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Sekundaryjusza przywiązana jest płaca 600 złr. rocznie, z dodatkiem mieszkania opalanego; do posady zaś Asystenta 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci o te posady powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do dnia 30 Czerwca rb. na ręce Dyrekcyi szpitala tutejszego bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

Lwów dnia 28 Maja 1884 r. *Dr. Głowacki.*

L. 12722/83.

OGŁOSZENIE.

WODY MINERALNE KRYNICKIE

należące do szczaw żelazistych i ze swéj skuteczności w różnych słabościach powszechnie znane utrzymuje w Ciechocinku Gąbczyński; w Husiatynie Friedmann; w Jarosławiu Wisłocki; w Kijowie Marcinczyk, Seidl; w Krakowie Goldwasser, Hawełka, Wentzl; we Lwowie Goldbaum, E. Meudrochowitz, Mikolasch; w Przemyślu Kozłowski; w Tarnopolu Jamrogiewicz; w Tarnowie Traun; w Warszawie Heinrich, Lilpopp, Kucharzewski, Ziemieński; w Wiedniu Mattoni; w Wilnie Gruszewski.

Broszury i wyjaśnienia udziela na żądanie bezpłatnie c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.